

**ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

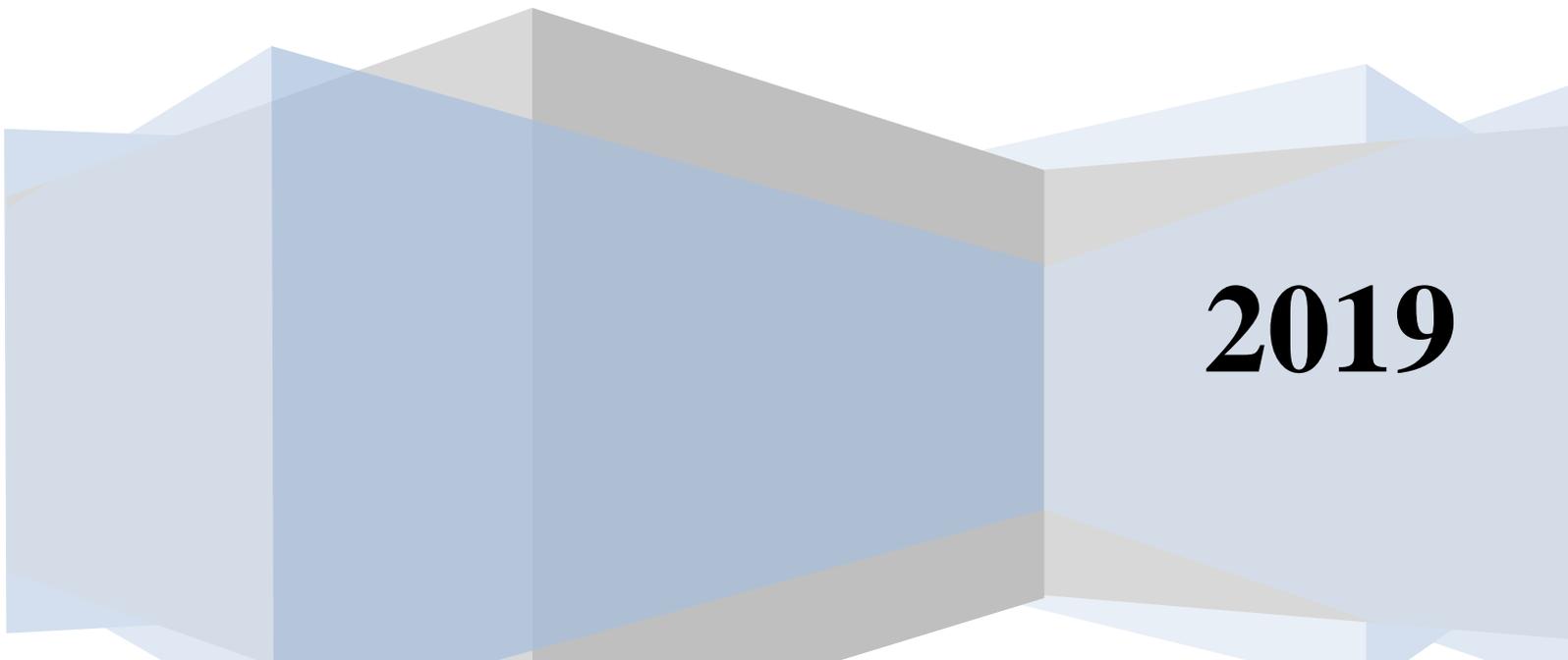
ПРОЕКТ

ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ

«Роды в тазовом предлежании»

Специальность:

акушерство и гинекология (31.08.01)



2019

Оглавление

1. Авторы и рецензенты.....	3
2. Уровень измеряемой подготовки.....	4
3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	4
4. Проверяемые компетенции	4
5. Задача станции.....	4
6. Продолжительность работы станции	5
7. Информация по обеспечению работы станции	5
7.2. Рабочее место аккредитуемого	6
7.3. Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого).....	7
7.4. Симуляционное оборудование.....	7
8. Перечень ситуаций и раздел подготовки	8
9. Информация (брифинг) для аккредитуемого	8
10. Регламент работы членов АК на станции	9
10.1. Действия членов АК перед началом работы станции:.....	9
10.2. Действия членов АК в ходе работы станции.....	9
11. Регламент работы вспомогательного персонала на станции	10
11.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции.....	10
11.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции	10
12. Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта.....	10
12.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции	11
13. Информация для симулированного пациента	11
14. Информация для симулированного коллеги	11
15. Критерии оценивания действий аккредитуемого	11
16. Дефектная ведомость	12
17. Оценочный лист (чек-лист).....	13
18. Медицинская документация.....	14
19. Приложение 1.	15

1. Авторы и рецензенты

1. **Панова И.А.** – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава
2. **Пониманская М.А.** - к.м.н., заведующая родовым отделением филиала №2 ГКБ им. С.П. Боткина «Родильный дом с женскими консультациями 3, 6, 7, 12, 15, 32», инструктор-преподаватель Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы, «Московский врач»
3. **Ли Ок Нам.** – к.м.н., заведующая отделением патологии беременности филиала №2 ГКБ им. С.П. Боткина «Родильный дом с женскими консультациями 3, 6, 7, 12, 15, 32», инструктор-преподаватель Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы, «Московский врач»
4. **Хаматханова Е.М.** – д.м.н., руководитель симуляционно-тренингового центра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, мастер делового администрирования, отличник здравоохранения, эксперт Росздравнадзора.
5. **Хаятова З.Б.** – д.м.н., руководитель симуляционной акушерско-гинекологической клиники МСАЦ ФГБОУ ВО НГМУ, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ
6. **Иванников С.Е.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии БУ ВО «Сургутский государственный университет», руководитель симуляционно-тренингового центра Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».
7. **Беришвили М.В.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Сеченовского университета
8. **Жолобова М.Н.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Сеченовского университета
9. **Баев О.Р.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства-гинекологии, заведующий родовым блоком ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России
10. **Приходько А.М.** - к.м.н., ассистент кафедры акушерства-гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России

1. **Хаматханова Е.М.** – д.м.н., руководитель симуляционно-тренингового центра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, мастер делового администрирования, отличник здравоохранения, эксперт Росздравнадзора.
2. **Горшков М.Д.** – председатель Президиума правления Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД, мастер Учебной виртуальной клиники «Ментор Медикус», Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, г. Москва

Ведущая организация:

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России

2. Уровень измеряемой подготовки

Лица, завершившие обучение по программе ординатуры в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), а также лица, завершившее обучение по программе профессиональной переподготовки по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), успешно сдавшие Государственную итоговую аттестацию и претендующие на должность врача-акушера-гинеколога или врача-акушера-гинеколога цехового врачебного участка. Приказ № 1043 н от 22.12.2017г «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».

3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Проект профессионального стандарта «Специалист по акушерству и гинекологии».

Трудовая функция: Выбор и выполнение лечебно-диагностического процесса женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде

4. Проверяемые компетенции

Выбор и выполнение лечебно-диагностического процесса женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде

5. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым алгоритма оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах при тазовых предлежаниях плода и в послеродовом периоде.

Примечание: оценка навыков сбора анамнеза, гигиенической обработки рук, общения с «трудным» пациентом не проводится

6. Продолжительность работы станции

Общая продолжительность станции – 10 минут

Фактическая продолжительность станции – 8,5 минут

Таблица 1. Продолжительность работы станции

Голосовая команда	Действия аккредитуемого	Время начала действия	Время окончания действия	Продолжительность действия
«Ознакомьтесь с заданием!»	Ознакомление с заданием (брифингом)	0 сек	30 сек	30 сек
«Пройдите на станцию!»	Работа на станции	30 сек	8 мин	7 мин 30 сек
«Осталась одна минута!»	Завершение работы на станции	8 мин	9 мин	1 мин
«Покиньте станцию!»	Окончание работы на станции	9 мин	9 мин 15 сек	15 сек
«Пройдите на следующую станцию!»	Переход на следующую станцию	9 мин 15 сек	10 мин	45 сек

Для обеспечения синхронизации действий аккредитуемых при прохождении цепочки из нескольких станций, а также для обеспечения бесперебойной работы на каждой станции, перед началом процедуры первичной специализированной аккредитации целесообразно подготовить звуковой файл (трек) с записью голосовых команд, автоматически включаемых через установленные промежутки времени.

7. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии (далее - АК) (таблица 2)

Таблица 2. Рабочее место члена АК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2	Стул	2 шт.
3	Чек-листы в бумажном виде	по количеству аккредитуемых
4	Шариковая ручка	2 шт.

5	Персональный компьютер с выходом в Интернет для заполнения чек-листа в электронном виде (решение о целесообразности заполнения чек-листа в режиме on-line принимает председатель АК)	1 шт.
6	Компьютер с трансляцией видеозображения ¹	1

7.2. Рабочее место аккредитуемого

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (хирургический костюм или медицинский халат, сменная обувь, медицинская шапочка).

Помещение, имитирующее рабочее помещение², обязательно должно включать:

1. Перечень мебели и прочего оборудования (таблица 3)

Таблица 3. Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1	Стол рабочий для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
2	Стул для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
3	Персональный компьютер, управляющий симуляционным оборудованием/ блок управления. Микрофон	1 шт.
4	Родовый стол-кресло для размещения симулятора роженицы	1 шт.
5	Стол обработки новорожденного	1 шт.
6	Раковина с одно рычажным смесителем, с дозаторами для жидкого мыла, средств дезинфекции и диспенсерами для бумажных полотенец (допускается имитация)	1 шт.
9	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

2. Перечень медицинского оборудования (таблица 4)

Таблица 4. Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Столик инструментальный	1 шт.
2.	Функциональная кровать для приема родов для размещения симулятора роженицы	1 шт.

¹ (по согласованию с председателем аккредитационной комиссии компьютер может находиться в другом месте, к которому члены аккредитационной комиссии должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись)

² Перечень обязательного оснащения кабинета (станции) не отражает перечень оснащения реального кабинета, а содержит только тот минимум, который необходим для решения конкретной задачи данной экзаменационной станции. По усмотрению организаторов кабинет может быть дополнительно оснащён в соответствии с нормативной базой, но не создавать при этом помех для основной цели работы на станции

3.	Кардиомонитор фетальный дистанционный для контроля в родах (или распечатанные результаты кардиотокограмм нормального и патологического типов)	1 шт.
4.	Зажим Кохера	1 шт.
5.	Бобовидный лоток	1 шт.
6.	Кислородная маска	1 шт.
7.	Пинцет анатомический	1 шт.
8.	Корнцанг	2 шт.
9.	Ножницы медицинские	1 шт.
10.	Мочевой катетер	1 шт.
11.	Контейнер для сбора отходов класса А объемом 10 литров	1 шт.
12.	Контейнер для сбора отходов класса Б объемом 10 литров	1 шт.

7.3. Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого)

Таблица 5. Расходные материалы

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого)
1.	Акушерские комплекты для приема родов (стерильные одноразовые)	2 шт.
2.	Простыни одноразовые нетканые	3 шт.
3.	Антисептик (имитация) для обработки рук	10 мл.
4.	Антисептик (имитация) для обработки кожных покровов	1 мл
5.	Антисептик (имитация) для проведения внутривенных (внутримышечных) инъекций	5 мл.
6.	Перчатки медицинские стерильные	1 пара
7.	Марлевые шарики	2 шт.
8.	Стерильные салфетки	5 шт.
9.	Силиконовое масло	5 мл
10.	Шприц стерильный 2 мл с иглой 0,1– 0,25 мм	2 шт.

7.4. Симуляционное оборудование

Таблица 6. Медицинское симуляционное оборудование

№ п/п	Перечень оборудования	Техническая характеристика симуляционного оборудования
-------	-----------------------	--------------------------------------------------------

1	Симулятор беременной женщины полноростовый	<ul style="list-style-type: none"> • Имитация беременной женщины в полный рост. • Реалистичная имитация наружных половых органов. • Реалистичная имитация внутренних половых органов • Плод с головкой реалистичных размеров, анатомически корректным череп с сагитальным швом, родничками и артикулирующими конечностями • Возможность проведения оперативных влагалищных родов в головном и тазовом предлежании • Наличие компьютера, управляющего родовым процессом, а также изменений физиологического статуса роженицы и плода в ходе родов • Имитация сердцебиения плода для проведения аускультации плода с помощью стандартного стетоскопа • Выполнение токографии
---	--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Перечень ситуаций и раздел подготовки

Таблица 7.

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенций

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация
1	001	№1 Роды в тазовом (чисто ягодичном) предлежании плода (первая позиция передний вид)
2	002	№2 Роды в тазовом (чисто ягодичном) предлежании плода (вторая позиция передний вид)

9. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Брифинг (сценарий) № 1. Вы - дежурный врач акушер-гинеколог родильного отделения. В родильном зале во втором периоде родов находится роженица 27 лет. Беременность 38 недель. Поступила в акушерскую клинику по поводу начавшейся 6 часов назад родовой деятельности, воды излились один час назад. Настоящая беременность вторая, предстоят вторые роды. Рост 163 см, масса тела 70 кг. Пульс – 74 удара в 1 минуту. Артериальное давление – 120/70 мм рт. ст. Окружность живота 90 см. Высота стояния дна матки на 33 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, на уровне пупка, 132 удара в минуту. Размеры таза нормальные. Индекс Соловьева 14 см. Родовая деятельность – потуги по 40 секунд через 1-2 минуты. Влагалищное исследование: Шейка сглажена, раскрытие зева полное, плодного пузыря нет. Ягодицы находятся на тазовом дне, крестец слева. Межвертельная складка в прямом размере выхода из таза.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Окажите пособие по Цовьянову и ручное классическое пособие при тазовом предлежании.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Брифинг (сценарий) № 2. Вы - дежурный врач акушер-гинеколог родильного отделения. В родильном зале во втором периоде родов находится роженица 21 года. Беременность 39 недель. Поступила в акушерскую клинику по поводу начавшейся 9 часов назад родовой деятельности, воды излились один час назад. Настоящая беременность первая. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Пульс – 76 ударов в 1 минуту. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Окружность живота 88 см. Высота стояния дна матки на 35 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, на уровне пупка, 150 ударов в минуту. Размеры таза нормальные. Индекс Соловьева 14 см. Родовая деятельность – потуги по 50 секунд через 2 минуты. Влагалищное исследование: Шейка сглажена, раскрытие зева полное, плодного пузыря нет. Ягодицы находятся на тазовом дне, крестец справа. Межвертельная складка в прямом размере выхода из таза.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Окажите пособие по Цовьянову и ручное классическое пособие при тазовом предлежании.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

10. Регламент работы членов АК на станции

10.1. Действия членов АК перед началом работы станции:

1. Проверка комплектности и соответствия оснащения станции требованиям паспорта (оснащение рабочего места членов АК, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества аккредитуемых).
3. Проверка наличия письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.
4. Проверка наличия паспорта станции в печатном виде.
5. Проверка наличия бумажных чек-листов (с учетом количества аккредитуемых), или сверка своих персональных данных в электронном чек-листе (ФИО и номера сценария).
6. Активизация на компьютере Единой базы данных ОС (Минздрава России) по второму этапу аккредитации.

10.2. Действия членов АК в ходе работы станции

1. Идентификация личности аккредитуемого, внесение идентификационного номера в чек-лист (в бумажном или электронном виде).
2. Заполнение чек-листа - проведение регистрации последовательности и правильности/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с критериями, указанными в чек-листе.
3. Заполнение дефектной ведомости (в случае необходимости).

11. Регламент работы вспомогательного персонала на станции

11.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции

1. Подготовка оснащения станции в соответствии с требованием паспорта (рабочее место членов АК, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
1. Размещение на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества аккредитуемых).
2. Размещение письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.
3. Размещение манекена-симулятора роженицы на родовом столе
4. Подготовка и запуск клинического сценария на компьютере: «Газовое предлежание»
5. Размещение плода в родовых путях симулятора в тазовом предлежании
6. Подготовка паспорта станции в печатном виде (2 экземпляра для членов АК и 1 экземпляр для вспомогательного персонала).
7. Подключение персонального компьютера для работы членов АК.
8. Проверка готовности трансляции и архивации видеозаписей.
9. Проверка на наличие беспрепятственного доступа к сети Интернет.
10. Проведение синхронизации работы станции с другими станциями при использовании звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
11. Выполнение иных мероприятий необходимых для обеспечения работы станции.

11.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции

1. Запуск нужного сценария, используя систему управления тренажером (в случае, если используется робот-пациент).
1. Приведение станции после работы каждого аккредитуемого в первоначальный вид.
2. Включение видеокамеры при команде: «Прочтите задание...» (в случае отсутствия постоянной видео регистрации).
3. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
4. Не менее чем через 1,5' после выхода аккредитуемого пригласить следующего аккредитуемого.
5. Включение звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
6. Включение видеокамеры по голосовой команде: «Ознакомьтесь с заданием!» (в случае, если нет автоматической видеозаписи).
7. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости)

Важно! Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в чек-листе оформляйте в дефектной ведомости

12. Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Приказ Минздрава РФ от 1.11.2012 года N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (с изменениями на 12.01.2016 года)
3. Приказ Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании"
4. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по акушерству и гинекологии» (16.12.2015)
5. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов «Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
6. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде», 2014 г.
7. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов), 2017 г.

12.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции

См. Приложение 1

13. Информация для симулированного пациента

Не предусмотрена.

14. Информация для симулированного коллеги

Не предусмотрена.

15. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В оценочном листе (чек-листе) (раздел 16) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения аккредитуемым.

В электронном чек-листе это осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие было произведено;
- «Нет» – действие не было произведено

В случае демонстрации аккредитуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или не безопасных или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости (раздел 15 паспорта) по данной станции, а в оценочный лист (чек-лист) аккредитуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция непременно вносится членом АК в электронный оценочный лист (пока этого не произойдет, лист не отправится).

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный оценочный лист (чек-лист), как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, и фиксировать соответствующее действие, как только оно воспроизвелось аккредитуемым.

16. Дефектная ведомость

Станция «Амбулаторный прием врача акушера гинеколога» Образовательная организация _____				
№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации

ФИО члена АК _____

Подпись _____

17. Оценочный лист (чек-лист)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность _____
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер задания _____

№	Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
1	Обработал наружных половых органов перед влажными исследованием	Сделал	да нет
2	обработал руки, надел перчатки	Сделал	да нет
3	Произвел оценку акушерской ситуации	Сделал	да нет
4	Диагноз сформулировал	Сделал	да нет
5	Стерильной салфеткой с раствором антисептика, захваченной корнцангом последовательно обработал лобок, большие половые губы, внутренние поверхности бедер, ягодиц, промежность и задний проход	Сделал	да нет
6	Повторно обработал руки как перед хирургической операцией	Сделал	да нет
7	Надел халат, маску, перчатки	Сделал	да нет
8	прорезывающиеся ягодицы захватил обеими руками так, чтобы большие пальцы располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца — на поверхности крестца	Сделал	да нет
9	По мере того как рождается туловище плода, продвинул руки по направлению к половой щели роженицы, в то же время прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы рук переместил кверху по спинке плода	Сделал	да нет
10	взял ножки плода в области голеностопных суставов и поднял их вперед и в сторону, противоположную спинке плода.	Сделал	да нет
11	Во влажной по спинке плода ввел два пальца соответствующей руки (для освобождения правой ручки плода вводится правая рука акушера) и, идя по спинке, а затем по плечу плода, дошел до локтевого сгиба. Влечение произвел за локтевой сгиб и опустил ручку так, чтобы она совершила умывательное движение	Сделал	да нет
12	захватил двумя руками туловище плода (4 пальца спереди, 1 палец сзади), за грудную клетку и поворачивает его на 180°	Сделал	да нет
13	Захватил плод за голени, подняв ножки кпереди и в сторону, противоположную спинке	Сделал	да нет
14	Во влажной по спинке плода ввел два пальца соответствующей руки (для освобождения правой ручки плода вводится правая рука акушера) и, идя по спинке, а затем по плечу плода, дошел до локтевого сгиба.	Сделал	да нет

	Влечение произвел за локтевой сгиб и опустил ручку так, чтобы она совершила умывательное движение		
15	ввел во влагалище кисть руки. Плод усаживается как бы верхом на предплечье этой руки. Одну фаланга указательного пальца ввел в ротик плода и таким образом удерживает головку согнутой во время выведения ее. Указательным и средним пальцами другой руки захватил плечевой пояс плода, располагая пальцы по бокам шейки. Этой рукой произвел тракции на себя и вниз. Извлек ребенка.	Сделал	да нет
16	Выложил ребенка на живот матери	Сделал	да нет
17	Наложил два зажима Кохера на расстоянии 8-10 и 15-20 см от пупочного кольца	Сделал	да нет
18	Пересек пуповину между зажимами	Сказал	да нет
19	Катетеризация мочевого пузыря	Сделал	да нет
20	Признак Чукалова-Кюстнера	Сказал	да нет
21	Признак Альфельда	Сказал	да нет
22	Признак Шредера	Сказал	да нет
23	Признак Довженко	Сказал	да нет
24	Признак Клейна	Сказал	да нет
25	Попросил роженицу потужиться, выделил послед	Сказал и сделал	да нет
27	Плаценту разложил на гладком подносе материнской поверхность вверх и рассмотреть ее	Сказал и сделал	да нет
28	Осмотрел оболочки – перевернуть послед плодовой стороной кверху	Сказал и сделал	да нет
29	Провести профилактику кровотечения 5 ед окситоцина	Сделал	да нет
30	Оценил кровопотерю	Сказал	да нет
31	Оценил состояние родильницы	Сказал	да нет
32	Другие нерегламентированные и небезопасные действия	Указать количество	[_____]
33	Общее впечатление эксперта: Пособие по Цовьянову и классическое ручное пособие при тазовом предлежании проведены профессионально		да нет
ФИО члена АК _____		Подпись _____	
Отметка о внесении в базу (ФИО) _____			

18. Медицинская документация

Не предусмотрены

19. Приложение 1.

11.2.1 Самопроизвольные роды в тазовом предлежании плода

Классификация тазовых предлежании (ТП) плода:

1. Ягодичные предлежания:

- **Чистое ягодичное предлежание (неполное)** (встречается в 63,2-68%) случаев) - ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода.

- **Смешанное ягодичное предлежание (полное)** (встречается в 20,6-23,4% случаев) - ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы.

2. Ножное предлежание (встречается в 11,4-13,4% случаев):

- **Неполное ножное предлежание** - предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода. При этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставе.

- **Полное ножное предлежание** - предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных суставах.

- **Коленное предлежание** - предлежат колени (одно или оба) плода (редкая разновидность ножного предлежания).

В родах возможен переход одного вида тазового предлежания в другой.

Позиция плода при ТП определяется традиционно - по отношению спинки плода к левому (Л) или правому (П) рёбрам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

Шифр по МКБ-10

032.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.

O80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.

O80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды (в данном протоколе данный код МКБ подразумевает и иные роды в тазовом предлежании (помимо родов в чисто ягодичном предлежании): полное/неполное ножное предлежание, смешанное ягодичное предлежание и т.д.).

Эпидемиология

Частота тазового предлежания (ТП) плода при доношенной беременности составляет 3-5% . Чем меньше срок, тем выше частота ТП. Так, при сроке беременности менее 28 недель и массе плода менее < 1000 г, частота ТП достигает 35%, в то время как в сроке 34-36 недель при массе плода 2000-2499 г, она не превышает 8%, снижаясь к сроку родов до 3-5%. Поэтому клинически важна диагностика в сроке 36 недель.

Ведение беременности при тазовом предлежании плода

Клинически важно подтверждение тазового предлежания в 36 недель. Однако около 8% плодов совершают самопроизвольный поворот на головку и после 36 недель.

При подтверждении тазового предлежания в 36 недель необходимо:

- Провести консультирование в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра.

- При отсутствии противопоказаний пациентке должен быть предложен наружный акушерский поворот.

- Следует ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в тазовом предлежании, и медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, о методах родоразрешения и их рисках в плане материнской заболеваемости, о потенциальных учреждениях родовспоможения, на базе которых возможно родоразрешение пациенток с тазовым предлежанием плода (не ниже второго уровня).

Показания к выполнению планового кесарева сечения:

- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг ;
- выраженное нарушение жирового обмена - ожирение (ИМТ > 35 кг/м²);
- бесплодие (решается индивидуально);
- пороки развития внутренних половых органов матери ;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке;
- предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г;
- разгибание головки III степени по данным УЗИ и/или запрокидывание ручек плода;
- ножное предлежание плода у первородящих;
- при многоплодии: любой вид тазового предлежания первого плода при двойне;
- отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

Алгоритм действий при планировании КС

- Для родоразрешения методом кесарева сечения назначается обследование в объеме, соответствующем плановой операции.

- Рекомендуемый срок родоразрешения оперативным путем *не ранее 39 недель гестации*. Если у пациентки с запланированным оперативным родоразрешением роды начнутся раньше запланированного срока, следует выполнить экстренное кесарево сечение, по возможности, с применением УЗИ, подтверждающим тазовое предлежание плода.

- Перед операцией необходимо проинформировать женщину о необходимости кесарева сечения и возможных рисках для неё и плода.

- При плановой госпитализации для подтверждения тазового предлежания необходимо выполнить УЗИ непосредственно перед родоразрешением. Женщина должна быть проинформирована, что в случае обнаружения головного предлежания и отсутствия других показаний для кесарева сечения (кроме тазового предлежания), операция будет отменена, и ей могут предложить вернуться домой и ожидать спонтанного наступления родов.

- При отсутствии дополнительных показаний со стороны матери и/или плода беременная с тазовым предлежанием поступает на оперативное родоразрешение накануне или в день назначенной даты операции и проходит подготовку в соответствии с протоколом «Кесарево сечение».

- Женщина должна быть заранее проконсультирована врачом-анестезиологом для выбора метода анестезии.

Операция кесарева сечения проводится по обычной методике. Хирургом должен быть назначен врач, имеющий опыт выполнения подобных операций.

Роды через естественные родовые пути

NB! Роды через естественные родовые пути должен вести только врач, имеющий опыт ведения родов в тазовом предлежании плода и способный оказать пособия при их осложнениях.

Вагинальные роды в тазовом предлежании должны проводиться в учреждении не ниже второй группы с готовностью к экстренному кесареву сечению.

Влагалищные роды в ТП в учреждении 1 группы возможны только в экстренной ситуации, например:

- Быстрые роды, когда нет времени для перевода женщины или кесарева сечения.

Условия для родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути:

- отсутствие сужения таза и других причин, препятствующих неосложненным родам, как в головном, так и тазовом предлежании;
- отсутствие синдрома задержки роста плода, гипоксии плода;
- предполагаемая масса плода не менее 2500 и не более 3600 г.;
- предлежание ягодичное (полное или неполное);
- отсутствует разгибание головки и/или запрокидывание ручек;
- нет в анамнезе кесарева сечения.

Неблагоприятные факторы для влагалищных родов:

Сам по себе диагноз тазовое предлежание не является противопоказанием к вагинальным родам (уровень доказательности С). Однако неблагоприятными факторами при влагалищном родоразрешении являются:

- Наличие общих (не связанных с тазовым предлежанием) противопоказаний для вагинальных родов (например, субкомпенсированное/ декомпенсированное состояние плода).
- Отсутствие специалиста, имеющего опыт принятия родов в тазовом предлежании.
- Полное (неполное) предлежание плаценты, предлежание пуповины (С-4).
- Ножное предлежание (за исключением, если женщина поступила во 2 периоде родов с адекватной родовой деятельностью) (уровень доказательности IV).
- Разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ (D-5).
- Предполагаемый вес плода: < 2000-2500 г (В-2Б) или > 3600-3800 г (в зависимости от роста и размеров таза женщины) (В-2Б) .
- Особенности строения плода, которые могут вызвать механические трудности.
- Ожирение (ИМТ > 35 кг/м²).
- Отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

Основные принципы ведения вагинальных родов

Нормальные роды в тазовом (чисто ягодичном или смешанном) предлежании предполагают:

- 1) постоянное мониторирование состояния плода;
- 2) максимальное сохранение плодного пузыря;
- 3) нормальный характер родовой деятельности и скорость раскрытия шейки матки;
- 4) активное участие роженицы во втором периоде родов;
- 5) оказание акушерского пособия;
- 6) оказания классического ручного пособия;
- 7) ведение третьего периода родов и послеродового периода.

При вагинальных родах не рекомендованы:

- 1) инвазивный фетальный мониторинг;
- 2) рутинная эпидуральная анальгезия;
- 3) индукция родов проводится в исключительных случаях по коллегиальному решению специалистов.
- 4) активное «растуживание» женщины до того, как предлежащая часть не опустится на тазовое дно.

При поступлении пациентки:

- По возможности необходимо с помощью УЗИ оценить положение и вес плода, расположение ножек, состояние головки (есть ли разгибание) и шеи (есть обвитие пуповиной), исключить запрокидывание ручек.
- Планируемые вагинальные роды в ТП следует проводить в стационаре, где в случае необходимости экстренное кесарево сечение должно быть выполнено в течение ближайших 30 минут (уровень доказательности I-B).
- У женщин с незапланированными вагинальными родами в ТП тактика их ведения зависит от периода родов, наличия или отсутствия факторов риска развития осложнений, подтвержденных соответствующими клиническими исследованиями и наличия письменного информированного добровольного согласия пациентки на роды per vias naturales (уровень доказательности рекомендаций C) .
- Родильницам в конце первого/начале второго периода родов или в активном втором периоде родов не должно настойчиво предлагаться кесарево сечение.
- Все родильные отделения должны обеспечить квалифицированную помощь при вагинальных родах в ТП и иметь разработанные протоколы ведения таких родов.

I период

Первый период родов ведется по протоколу нормальных родов

- С началом самопроизвольных родов желательно провести контрольное УЗИ .
- Положение пациентки в родах - постельный режим на боку, а после излития околоплодных вод (при не прижатом тазовом конце) - строгий постельный режим с постоянным мониторингом (уровень доказательности C).
- Удовлетворительный прогресс родов: I период - раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см/час. Ведение партограммы обязательно.
- В родах показан непрерывный кардиомониторный контроль состояния плода (уровень доказательности C и (уровень доказательности IA [43]). ЧСС плода менее 100 и более 180 уд/мин при родах в тазовом предлежании является показанием к кесареву сечению. При выявлении начальных признаков гипоксии плода также целесообразно рассмотреть вопрос об оперативном абдоминальном родоразрешении.
- Не рекомендуется забор крови из ягодиц плода во время родов (уровень доказательности C).
- Влагалищное исследование проводится строго по показаниям.
- В отличие от родов в затылочном предлежании при родах в тазовом предлежании кесарево сечение должно быть выполнено на любом этапе при отсутствии прогресса (уровень доказательности C, уровень доказательности II-1A) и отсутствии условий для экстракции плода за тазовый конец, а также начальных признаках гипоксии плода.
- Амниотомия должна проводиться по строгим клиническим показаниям, так как

повышает риск выпадения и сдавления пуповины. Необходимости в проведении рутинной амниотомии при родах в тазовом предлежании нет (уровень доказательности С).

- Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания обязателен.

Влагалищный осмотр после отхождения околоплодных вод обязателен.

Слабость родовой деятельности, осложнения со стороны плода и/или матери – показания для КС.

- Родостимуляция не рекомендуется. Введение окситоцина допускается только при редких схватках (менее 4 за 10 минут) на фоне эпидуральной анальгезии (уровень доказательности рекомендаций С). При излившихся околоплодных водах при ТП использование окситоцина показано для профилактики слабости родových сил в активную фазу родов.

- В родах не должна рутинно использоваться перидуральная анестезия (Уровень доказательности С). По возможности её следует максимально избегать, поскольку она снижает рефлекторный ответ тазового дна, играющий важную роль в сохранении нормального биомеханизма родов при ТП. Предпочтение следует отдать медикаментозному виду анестезии.

- В родах при тазовом предлежании оказание пособия при рождении ягодичц обязательно.

- Присутствие анестезиолога и неонатолога во втором периоде родов обязательно.

II период родов

- Во втором периоде родов опускание ягодичц на тазовое дно должно происходить пассивно без активных потуг роженицы (уровень доказательности С). Если отмечена остановка опускания предлежащей части плода в следствии диспропорции размеров плода и таза матери, целесообразно обсудить показания к кесареву сечению (уровень доказательности С).

- Если ягодичцы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 2 часов второго периода родов, рекомендовано выполнить кесарево сечение.

- Продолжительность латентной стадии II периода родов (без активных потуг) - не > 90 мин. Продолжительность активных потуг - не > 60 мин (А-1а).

- Мониторинг КТГ продолжается непрерывно (А-1а).

- Нет необходимости в рутинной эпизиотомии. Эпизиотомия может быть проведена, если это необходимо для оказания помощи в родах (С-4).

В клинических рекомендациях (протоколах) всех профессиональных медицинских сообществ нет данных о введении атропина сульфата с целью предупреждения спазма шейки матки во время рождения головки.

Пособие при рождении ребенка

Необходимо присутствие ассистента, имеющего опыт приема родов в тазовом предлежании.

На родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме.

Ягодичцы плода должны самостоятельно опуститься до тазового дна без

активных потуг.

- При рождении ягодиц, только поддерживайте их, не оказывая никаких дополнительных тракций (*не тянуть!*) - позвольте ягодицам рождаться самостоятельно, пока не будет видно нижнюю часть спины и затем нижний угол лопаток.

- В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после прорезывания ягодиц используют ручное акушерское пособие по Н.А. Цовьянову.

Цель пособия по Цовьянову - сохранение нормального членорасположения плода и предупреждение развития таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки (рис.1).

При ножном предлежании должно быть использовано **ручное пособие по Цовьянову при чисто ножном предлежании**. Основная цель - перевод чисто ножного предлежания в смешанное, что способствует увеличению объема предлежащей части плода и профилактике разгибания головки плода.

Техника выполнения пособия по Цовьянову: ножки при рождении плода прижимают к туловищу, тем самым не давая им родиться раньше времени. Кроме того, ножки плода прижимают к груди скрещенные ручки, что предупреждает их запрокидывание. Поскольку на уровне грудной клетки объем туловища вместе со скрещенными ручками и ножками больше, чем объем головки, она рождается без затруднений. При прорезывании ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бедра плода, а остальные пальцы - на поверхности крестца. Благодаря такому расположению рук, удобно способствовать физиологическому течению механизма родов - движению рождающегося туловища вверх, по оси родового канала. По мере рождения туловища плода врач, держа руки у вульварного кольца, придерживает корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы, перемещая по спинке. Следует стремиться к тому, чтобы ножки плода не выпали раньше, чем родится плечевой пояс (рис.2).

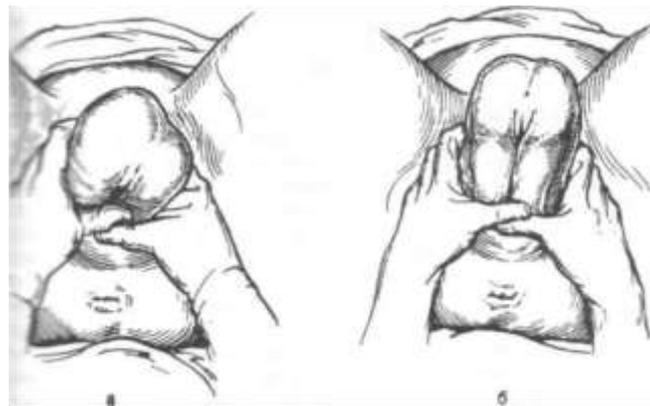


Рис 1. Ручное акушерское пособие при чисто ягодичном предлежании плода по Н.А. Цовьянову. а – захват туловища, б – перемещение рук к половой щели по мере рождения туловища.



Рис. 2. Ручное пособие при ножном предлежании

После рождения плода до пупка, роды следует вести активно:

- во-первых, в этот момент происходит натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз;
- во-вторых, при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможны преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и острая гипоксия плода;
- на этом этапе необходимо избегать тракций и манипуляций пока плод рождается от пупка: необходимо только ослабить петли пуповины, если она находится в натянутом состоянии. При сильном натяжении пуповины, препятствующем продвижению туловища и головки, пуповину нужно пересечь между двумя зажимами и ускорить рождение ребенка;
- следует поддерживать туловище ребенка, завернув его в сухую теплую пеленку.

При удлинении времени от рождения плода от нижних углов лопаток до рождения головки более 2-3 минут, может быть оказано классическое ручное пособие при рождении головки.

Рождение ручек:

- Следует стремиться, чтобы ручки высвободились самостоятельно, одна за другой. После самостоятельного рождения первой ручки необходимо поднять ягодицы вперед к животу матери для того, чтобы дать возможность второй ручке родиться самостоятельно. Если ручка не рождается самостоятельно, необходимо положить один или два пальца на локтевой сгиб и согнуть ручку, проведя ее вниз через лицо ребенка.

- Если после рождения плечиков ручки не выпадают сами, плечевой пояс устанавливается в прямом размере таза и отклоняют туловище плода вниз (кзади). При этом рождается передняя ручка. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают (отклоняют вверх и кпереди). Одновременно с рождением ручки, обращенной кзади, выпадают ножки плода, из половой щели прорезывается подбородок.

- **При задержке рождения ручек** и головки плода после рождения туловища оказывают **классическое ручное пособие по выведению ручек плода (рис.3):**

- ручка плода освобождается одноименной рукой акушера (правая - правой, левая - левой);
- первой освобождается задняя ручка, так как емкость крестцовой впадины больше и больше пространство для маневра;

- если запрокидывание ручки произошло в задней позиции плода (грудь и подбородок кпереди), то высвободить начинают ту ручку, которая располагается ближе к крестцовой впадине (можно туловище плода немного потянуть или отведением туловища вверх и в сторону);

- для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°. Акушер захватывает ножки плода (при первой позиции левой рукой, при второй позиции правой рукой) и отводит их к паховой складке, противоположной позиции плода. Одноименной рукой акушер освобождает ручку плода, расположенную со стороны крестцовой впадины. Врач надавливает на локтевой сгиб двумя пальцами и ручка, совершая «омывательное движение», рождается. Затем двумя руками акушер захватывает грудку плода (четыре пальца - спереди, большой - сзади) и поворачивает её на 180°, проводя спинку под лонным сочленением. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

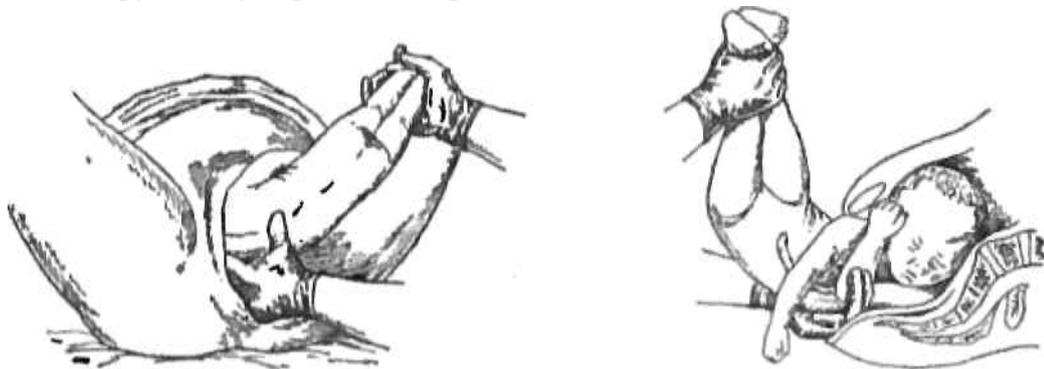


Рис. 3 Рождение ручек.

Рождение головки

Для облегчения рождения последующей головки ассистент надавливает над лоном для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к симфизу матери (метод Брахта - одобрен для использования в Европе);

- если при этом рождение головки не произошло, нужно применить приемы Мориссо-Левре-Лашапель или Вейта-Смелли (рис.4);

- если и при этом рождение головки не произошло, то целесообразно наложение щипцов на последующую головку (рис.5).



Рис. 4. Прием Мориссо-Левре-Лашапель

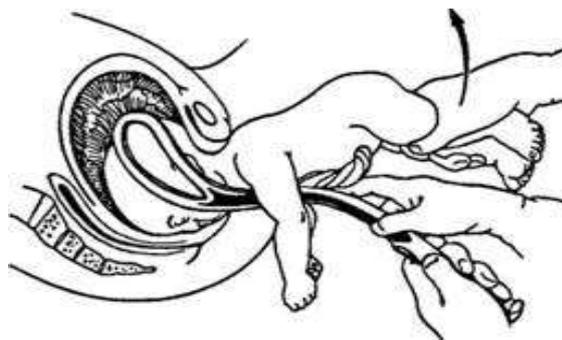


Рис. 5. Наложение щипцов на последующую головку

Необходимости в рутинном проведении экстракции плода за тазовый конец нет (уровень доказательности III C) в виду высокого риска осложнений со стороны матери и плода (уровень доказательности II-2A). Исключения составляют острый дистресс-синдром плода, интранатальное кровотечение, угрожающее матери и плоду, при наличии условий для выполнения экстракции плода за тазовый конец.

Третий период родов

При ведении третьего периода родов необходимо знать и использовать:

- признаки отделения плаценты;
- способы выделения отделившего последа.

Признаки отделения плаценты:

Шредера - изменение формы и высоты стояния дна матки.

Альфельда - удлинения наружного отрезка пуповины.

Клейна - после потуги удлинившийся отрезок пуповины не втягивается.

Кюстнера-Чукалова - при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается.

Способы выделения последа (послед выделяют после опорожнения мочевого пузыря):

Абуладзе - после бережного массажа матки переднебрюшную стенку двумя руками берут в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

Методы Гентера и Креде-Лазаревича - менее щадящи, поэтому используются после безуспешного применения метода Абуладзе.

Профилактика послеродового кровотечения осуществляется путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода - 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов.

NB! Учитывая, что контролируемые тракции за пуповину незначительно влияют на частоту массивных кровотечений, то от их применения неподготовленными специалистами нужно воздержаться и ограничиться введением окситоцина.

Умбиликальное введение простагландинов и окситоцина не рекомендуется.

NB! Последовый период не должен длиться более 30 мин.

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
- Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.

- Медленно потяните плаценту для завершения родов.
- Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
- Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности.
- Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.
- После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.
- Оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.
- Оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой).

При нормальном течении послеродового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела.

Оценка разрывов и их ушивание

1) Оценка состояния родовых путей должна быть полная. При необходимости допустимо использование ректального исследования.

2) Разрывы родовых путей I-й степени принято считать незначительными (не повреждается мышечный слой промежности) и в ряде случаев они не требуют ушивания. Разрывы I-й степени могут быть ушиты однорядным узловым швом с использованием рассасывающихся нитей (предпочтительно - викрил) (инфильтрационная анестезия при отсутствии регионарной).

3) Для разрывов промежности II-й степени, помимо кожи и слизистой, характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера. Ушивание разрывов промежности II-й степени должно проводиться под тщательным обезболиванием (регионарная, инфильтрационная или пудендальная анестезия) путем наложения 3-4 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) - с наложением 3-4 узловых рассасывающихся швов (предпочтительно - викрил). Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции).

4) Ушивание разрыва промежности III ст. (с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки) или IV ст. (с вовлечением передней стенки прямой кишки) должен проводить опытный врач с участием ассистента и операционной сестры. Обезболивание - продолжающаяся регионарная анальгезия или в/в анестезия.

Оказание медицинской помощи новорожденному в родильном зале

Готовность к первичным реанимационным мероприятиям

Независимо от прогноза и степени риска рождения ребёнка в асфиксии, весь медицинский персонал, участвующий в приёме родов (акушер-гинеколог, акушерка, анестезиолог, неонатолог) должен владеть приемами первичной реанимации новорождённого в полном объёме. Заведующий родильным блоком и дежурный врач - неонатолог являются ответственными за обеспечение исправности необходимого оборудования для проведения первичной реанимационной помощи новорожденному.

Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния

Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36 С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

NB! После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

Оценка состояния новорожденного

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При осмотре важно обратить внимание на следующее:

- наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов - оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов;
- выявление врождённых дефектов и признаков заболеваний - позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;
- определение степени зрелости ребёнка и наличие задержки внутриутробного развития.

NB! Спонтанное дыхание в течение 30 с после рождения, громкий крик, частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи - признаки удовлетворительного состояния при рождении.

Первый осмотр новорожденного желательно проводить непосредственно после рождения, на груди у матери, с целью исключения тяжелой патологии и контроля адаптации ребенка. Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям (IB), зондирование желудка всем новорожденным проводить не рекомендуется (IIIВ).

Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть тёплой пелёнкой.

NB! Масса тела при рождении фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов.

Низкой массой тела при рождении считают показатель менее 2500 г.

Пережатие и отсечение пуповины

Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии. Рекомендуется пережимать пуповину через 1 минуту, но не позднее 10 минут после рождения ребенка.

Пережатие пуповины в конце первой минуты жизни:

Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца

Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы

Третий зажим наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 95% раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами.

Первое прикладывание к груди

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорождённый бодрствует, активен и готов к кормлению. Ребёнок может быть менее активным, если матери во время родов были назначены седативные или обезболивающие лекарственные препараты.

Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов.

Для того чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

- принимая роды, нужно свести объём медицинского вмешательства к минимуму;
- по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребёнка;
- после родов обеспечить ребёнку контакт с матерью "кожа к коже";
- предоставить матери и ребёнку возможность общаться друг с другом;
- помочь ребёнку найти грудь, правильно приложив его, если мать находится под влиянием седативных средств или очень устала.

NB! Разлучать ребёнка с матерью следует только при крайней необходимости.

Необходимые процедуры (взвешивание, вторичная обработка пуповинного остатка, пеленание ребёнка) рекомендуется проводить после первого прикладывания ребенка к груди, после того, как он получит первые капли молозива.

Рождение ребенка и первые минуты, и часы сразу после рождения, требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения. Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребенка закладывают основы правильного вскармливания ребенка в последующем. От того, как быстро и правильно ребенок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем. Оказывая медицинскую помощь матери и ребенку, персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери.

Сразу после рождения ребенка:

- Поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.
- Убедите родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная. Это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а "зрелое" молоко появится в течение нескольких дней.
- Помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).

Во время первых кормлений грудью мать может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует не только выделению молока, но и сокращению матки. В дальнейшем кормление грудью способствует остановке послеродовых кровянистых выделений.

Вторичная обработка пуповинного остатка

Для вторичной обработки пуповины в настоящее время наиболее надежным и безопасным является одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток, при этом оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см. При наложении зажима слишком близко к коже может возникнуть потёртость. После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.

Уход за кожей новорождённого в родильном зале

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (*vernix caseosa*), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой.

Обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется.

Уход за глазами

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать:

- 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
- мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).

Не рекомендуется использовать раствор нитрата серебра, который может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорожденных. В настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата альбуцид.